



## Solicitud de Admisión

Nombre completo:		Fecha de envío:
Referido por:	Contacto del personal:	Relación con el solicitante:
Dirección:	Teléfono:	Fax:
¿Qué servicios está buscando?:		

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE:

Nombre completo:		# Seguro Social:
¿Ha utilizado algún otro nombre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si contestó sí, por favor anote el nombre o los nombres y complete lo siguiente:</i>		Fecha de nacimiento:
		Género:
Tipo de nombre alterno: <input type="checkbox"/> Alias <input type="checkbox"/> Apodo <input type="checkbox"/> Nombre de casado(a) <input type="checkbox"/> Nombre de nacimiento <input type="checkbox"/> Nombre de matrimonio previo <input type="checkbox"/> Otro: _____		Orientación sexual:
Idioma Primario: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro: _____		Idioma de preferencia para la entrevista: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro: _____
Última dirección utilizada:		¿Con quién vivía? _____
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
		Teléfono:
¿Podemos dejarle un mensaje a este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si ha estado sin hogar, indique hace cuánto tiempo: _____
¿Ha participado en este programa anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Si no tiene teléfono, ¿a quién podemos contactar para dar seguimiento a esta entrevista?</i>		Teléfono:
NOMBRE:		
CONTACTO DE EMERGENCIA -Nombre:		Relación:
Dirección:		Teléfono:
¿Tenemos permiso para dejarle mensajes en este número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**VIVIENDA**

¿Actualmente tiene sección 8 o alguna otra vivienda subsidiada bajo su nombre?  Sí  No

¿Cuál es su estatus de vivienda? (Dónde durmió anoche)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Refugio de emergencia                         | <input type="checkbox"/> Cárcel/Prisión                                 | <input type="checkbox"/> Condominio/Casa de su propiedad                      |
| <input type="checkbox"/> Cuarto/Apartamento/casa que renta             | <input type="checkbox"/> Facilidad/ Hospital psiquiátrico               | <input type="checkbox"/> Vive con un familiar                                 |
| <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento del abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Facilidad de desintoxicación                   | <input type="checkbox"/> Vive con un amigo                                    |
| <input type="checkbox"/> Hospital no psiquiátrico                      | <input type="checkbox"/> Hotel pagado sin bono de refugio de emergencia | <input type="checkbox"/> Lugar no destinado para vivir (banco, calle, parque) |
| <input type="checkbox"/> Desconoce                                     | <input type="checkbox"/> Se rehúsa                                      | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |

Si renta, ¿cuál es su pago normal? \_\_\_\_\_ ¿Es segura su situación de vivienda actual?  Sí  No

¿Cuáles son sus necesidades de vivienda?

**INFORMACIÓN MÉDICA:**

¿Recibe algún cuidado médico regular?  Sí  No

Fecha de su última visita:

Si contestó sí, indique su proveedor primario:

Hospital/Clínica:

Teléfono:

Mencione otra agencia de cuidados de la salud con la que esté involucrado (CMA, VNA, etc.)

¿Utiliza alguna ayuda para la movilidad? (Marque todas las que apliquen):

- No  Muletas/Bastón  Andador  Silla de ruedas manual  Silla de ruedas eléctrica  Otro: \_\_\_\_\_

**Discapacidades:**

Discapacidad visual:  Sí  No

Discapacidad auditiva:  Sí  No

Discapacidad del autocuidado/ADL:  Sí  No

Discapacidad del desarrollo:  Sí  No

¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones de salud?  No  Diabetes  Enfermedad del corazón  Asma

Si es VIH positivo:

¿Cuál es la fecha de diagnóstico?

Hepatitis (A, B, C)  VIH  Otro: \_\_\_\_\_

¿Actualmente está siendo tratado medicamente para alguna de estas condiciones?  Sí  No

¿Tiene alguna complicación neurológica relacionada a su estatus de VIH?  Sí  No

Si contestó sí, por favor describa:

¿Actualmente toma algún medicamento? (Incluyendo prescripciones, psicotrópicos, OTC, suplementos naturales, etc.)  Sí  No

Medicamento	Razón fundamental/ Condición	Dosis/Ruta/ Frecuencia

¿Padece de alguna alergia? <input type="checkbox"/> Sí ( <i>si contestó sí, indique abajo</i> ) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce		
Alimento(s): _____	Medicamento(s): _____	Ambiental: _____
_____	_____	_____

<b>INFORMACIÓN FAMILIAR</b>			
¿Cuál es su estatus marital actual? <input type="checkbox"/> Casado(a) <u>Legalmente</u> ( <i>Si contestó sí, ¿cuántas veces?: _____</i> ) <input type="checkbox"/> Soltero(a) con pareja de hecho <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a), nunca casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
¿Nombre de su pareja? (si alguno) _____		¿Ha habido violencia en esta relación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene alguna orden de alejamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, ¿en qué corte? _____		¿Continúa vigente esta orden? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Historial de abuso de sustancias de su pareja, si alguno:</b>			
Está embarazada/esperando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		Si contestó sí, indique fecha para dar a luz: _____	
¿Tiene hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/> Desconoce		Si contestó sí, indique cuántos: _____	
¿Tiene la custodia legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene la custodia física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si contestó no, ¿es su meta volver a reunificarse con sus hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está el Departamento de la Familia (DCF) involucrado con alguno de estos niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Edad y Género: _____	Edad y Género: _____	Edad y Género: _____	Edad y Género: _____
¿Es usted el cuidador primario de estos niños?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda con el cuidado de sus hijos?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha hecho arreglos para tener un cuidador mientras está en el programa?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Dónde residen actualmente los niños?: _____			
<b>HISTORIAL ACADÉMICO/VOCACIONAL:</b>			
Nivel académico más alto completado: Grado: _____ Universidad: _____			
¿Tiene algún entrenamiento o certificado vocacional o profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique cuál: _____			
¿Tiene alguna discapacidad para el aprendizaje? Si contestó sí, indique cuál: _____			
<b>OBLIGACIONES LEGALES:</b>			
¿Tiene actualmente o pendiente algún caso u obligación legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene algún mandato judicial pendiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si contestó sí, ¿cuál es el estatus de estos casos u obligaciones (resultados y/o sentencia)?:			
Oficial de probatoria/libertad condicional (Si aplica):		Teléfono:	
Dirección:		Última visita al Oficial:	
¿Ha sido liberado recientemente de un encarcelamiento de más de 4 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique cuándo: _____			

<b>¿Alguna vez ha sido afiliado a una ganga/pandilla?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si contestó sí, indique el nombre de la ganga/pandilla:</i>	<i>Si contestó sí, ¿actualmente es afiliado?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si contestó sí, indique el nombre de la ganga/pandilla:</i>
---	--

<b>¿Tiene antecedentes de provocar incendios?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Es usted un delincuente sexual registrado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Existe alguna otra responsabilidad legal que puedan comprometer su tratamiento o proceso de recuperación?  
 Sí  No  
*Si contestó Sí, ¿indique cuáles son?:*

**HISTORIAL DE SALUD MENTAL/PSIQUIÁTRICO:**

¿Actualmente recibe algún tipo de servicio de salud mental?  Sí  No

<i>Si contestó sí, ¿con cuánta frecuencia?</i>	<i>¿Fecha de su última visita?</i>
--	------------------------------------

*Si contestó no, ¿alguna vez ha recibido algún tipo de servicio de salud mental, psiquiátrico o psicológico?* Sí No

Ya sea actualmente o en el pasado, ¿qué tipo de servicios/tratamientos ha recibido? (*Marque todas las que apliquen*):

<input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo/Residencial	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Tratamiento comunitario asertivo
<input type="checkbox"/> Tratamiento parcial diario/intensivo	<input type="checkbox"/> Hospitalización psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Hogar de tratamiento/Rehabilitación ( <u>No relacionado a uso de sustancias</u> )
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

Número de hospitalizaciones de pacientes psiquiátricos: \_\_\_\_\_ Fecha de la más reciente: \_\_\_\_\_

Tipo	Fechas	Razón	Proveedor/Información de la agencia (Nombre y teléfono):	¿Completado?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En curso
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En curso
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En curso
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En curso

¿El tratamiento fue efectivo?  Sí  No

**Diagnósticos actuales y pasados:**

Tipo de diagnóstico	Fecha del diagnóstico

*Si conoce, indique las fuentes de información:*  Cliente  Registros de tratamiento  
 Otro proveedor  Miembro familiar  Diagnóstico sospechoso/No oficial  
 Otro: \_\_\_\_\_

<b>¿Algún historial de trastornos alimenticios?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>Si contestó sí, ¿ha recibido tratamiento?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

*Si contestó sí, ¿qué tipo?*  Anorexia Nervosa  Bulimia Nervosa  Otro: \_\_\_\_\_

### **EVALUACIÓN DE RIESGO:**

**¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño a sí mismo o a otra persona?**  Sí  No

*Si contestó sí, ¿tenía un plan y cuándo fue la última vez que pensó en hacerse daño?*

**¿Alguna vez se ha lastimado o herido físicamente a sí mismo o a otra persona intencionalmente?**

Sí  No

*Si contestó sí, ¿tenía un plan y cuándo fue la última vez que se lastimó físicamente o que lastimó a otra persona?*

### **HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS Y TRATAMIENTO:**

Uso de sustancias primario (ej.: alcohol, cocaína, crack, heroína)

Frecuencia:

# Cantidad de años de uso activo:

Edad de inicio:

Primera sustancia utilizada:

Edad cuando el uso de sustancias comenzó a ser un problema:

Fecha de último uso:

Periodo más largo que ha estado libre de drogas:

Fechas:

¿Cómo sostiene su uso de drogas?

**¿Alguna vez ha participado en cualquier tipo de tratamiento para uso de sustancias?**  Sí  No

*Si contestó sí, indique cuál:*  Desintoxicación # de veces \_\_\_\_\_  Ambulatorio, # de veces \_\_\_\_\_

Hospitalización/Residencial, # de veces \_\_\_\_\_

¿Por qué se fue del tratamiento?

¿Ha asistido alguna vez a un programa de 12 pasos?

AA  NA

¿Existe alguna otra conducta adictiva que a usted u otras personas le preocupe? (comida, juegos de azar, ejercicio, sexo, etc.)?

Sí  No *Si contestó sí, por favor describa:*

¿Actualmente está en algún tratamiento asistido con medicamentos?

*Si contestó sí, indique fecha de inicio:*

Sí  No

Suboxone

Dosis:

Proveedor:

Teléfono:

Metadona

Dosis:

Proveedor:

Teléfono:

Naltrexona

Dosis:

Proveedor:

Teléfono:

Otro:

Dosis:

Proveedor:

Teléfono:

**Tipo de Seguro Médico** (*Marque todas las que apliquen*):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Mass Health   | <input type="checkbox"/> Medicare (sobre 65 años o incapacitado)                   |
| <input type="checkbox"/> OT-subsidio del Estado (e.j. Commonwealth Care, Health Safety Net) | <input type="checkbox"/> HMO (seguro privado pagado por el empleador o el cliente) |
| <input type="checkbox"/> No tiene seguro  | <input type="checkbox"/> Otro:   |
| <input type="checkbox"/> Solicitud pendiente  |  |

Compañía Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre de póliza: \_\_\_\_\_  
# Póliza: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún seguro?  Sí  No *Si contestó sí, indique la información sobre el seguro:*

Compañía Seguro: \_\_\_\_\_ Nombre de póliza: \_\_\_\_\_  
# Póliza: \_\_\_\_\_ # Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FINANCIERA:**

**Fuentes de Ingreso** (*Marque todas las que apliquen*):

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salario/Jornal             | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia     | <input type="checkbox"/> Pensión de veteranos         | <input type="checkbox"/> Manutención hijos    |
| <input type="checkbox"/> Asistencia-pública general | <input type="checkbox"/> Asistencia pública-AFDC | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores | <input type="checkbox"/> Ingreso efectivo     |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad-SSI           | <input type="checkbox"/> Discapacidad-SSDI       | <input type="checkbox"/> Discapacidad-Veteranos       | <input type="checkbox"/> Discapacidad-Privado |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social              | <input type="checkbox"/> Desempleado             | <input type="checkbox"/> Ninguno                      | <input type="checkbox"/> Otra: _____          |

Ingreso Total del Cliente: \_\_\_\_\_ Frecuencia del ingreso:  Semanal  Quincenal  Mensual  
 Anual

**NOTAS Y COMENTARIOS ADICIONALES:**

Firma del cliente:

Fecha:

Firma del entrevistador:

Fecha:

**PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE**

Fecha en que recibió el referido:

Fecha del primer contacto:

Número de registro:

¿Se coordinó entrevista?

Sí  No

Si se coordinó, ¿qué tipo de entrevista?  Teléfono  En persona

Si no se coordinó, ¿por qué?

Firma del director: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**PARA USO DE LA ADMINISTRACIÓN ÚNICAMENTE**

¿Programar admisión?  Sí  No

Si no, elija el motivo:  Más información requerida  Requiere reunión presencial

No es apropiado para nuestro nivel de atención.

Próximos pasos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del director: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_